

漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的临床应用效果

舒 萍

贵州医科大学附属医院 贵州 贵阳 550000

摘要:目的:分析漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的应用效果。方法:选取2020年1月-2023年6月本院82例漏斗胸患儿开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,行常规护理,观察组41例,行急性疼痛护理,比较两组护理效果。结果:观察组的疼痛缓解率、操作技能、服务态度、业务素养和护理体验评分均明显高于对照组,SAS、SDS、PSQI和术后不同时间VAS评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予漏斗胸患儿急性疼痛护理能有效缓解疼痛,改善负面情绪,提升护理质量和睡眠质量,具有推广价值。

关键词:漏斗胸;急性疼痛;护理;手术;睡眠质量

漏斗胸是一种先天性疾病,主要表现为胸廓畸形,目前主要采取漏斗胸微创矫正(Nuss)治疗,该术式能加快恢复速度,可减轻创伤,是该病首选疗法^[1]。因术中要为患儿内置钢板,可能引发持久、剧烈疼痛,此时采取VAS评估疼痛程度,能高达7-8分。术后患儿出现剧烈疼痛,会对活动、咳嗽和深度呼吸产生影响,在躁动、脊柱保护性侧弯情况下,有可能导致-钢板移位,患儿后期出现痛觉异常,预后效果差^[2]。采取适当疼痛护理措施,提升患儿舒适度,有助于缩短康复时间。目前,我国已经对该病患儿疼痛有了较深刻认知,但尚缺乏规范、健全护理流程,常规护理效果受限,难以切实满足患儿需求。本次研究以漏斗胸患儿为对象,分析急性疼痛护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年1月-2023年6月本院82例漏斗胸患儿开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,男21例,女20例,年龄为4-11岁,平均年龄(7.24±1.03)岁;观察组41例,男22例,女19例,年龄为5-12岁,平均年龄(7.31±1.00)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合漏斗胸诊断标准^[3];采取Nuss治疗;年龄为4-12岁;有完整资料;知情同意本次研究。

排除标准:严重肺部疾病,应同期开展肺叶切除术或者肺楔形切除术;伴有大血管、心脏疾病,应同期开展血管、心脏手术治疗;精神疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理,共计14d,患儿入院时,予以接待,提供微笑服务,减轻其恐惧心理,拉近护患距离。引导其接受有关检查,教会咳痰、咳嗽正确方法,于床

上开展排便训练,将一系列术前准备做好。术中,提供人文关怀,尽快将静脉通道建立好,以供输血、输液。观察患儿生命体征,动态记录血压、心率等项目。术后营造出舒适、温馨环境,保证无菌操作,及时清洁局部皮肤,维持干燥状态。遵循医嘱,提供相应药物,逐步进行康复训练。观察组以对照组为基础,行急性疼痛护理:

1.2.1 创建护理小组

小组成员包括护师4名,主管护师4名,主治医师2名,护士长1名,科室主任1名。进行横断面调查,同时充分循证,分析患儿出现疼痛原因,了解护理现状,探讨影响因素,围绕疼痛管理,建立目标,规范术后护理流程。

1.2.2 制定疼痛管理目标

由责任医师负责,于术前为患儿制定疼痛护理计划,结合手术过程中采取麻醉镇痛药物情况,以其血药浓度为依据,确定有效时间,选取适宜药物,为患儿追加,同时明确时间点,采取超前镇痛,于术后3d内,严格控制疼痛爆发次数,每位患儿不得超过3次。若患儿为中重度疼痛,应采取多模式镇痛计划,保证VAS评分不超过3分,夜间可以安然入睡。及时和患儿沟通,了解其疼痛体验感受,叮嘱其自主报告,讲明注意事项,当出现疼痛时,能立即上报,明确疼痛时间、程度、性质和频次等,改善负面心理。

1.2.3 疼痛评估

术前进行预判性评估,负责人为主治医师,结合术中采取钢板数量,评估后续疼痛,将早期疼痛护理计划拟出。于活动前或操作时,开展动态筛查性预测,可于活动前0.5h进行,或于会导致疼痛操作前进行,以评估结果为依据,实施超前镇痛护理。术后评估,时间为3d内,一般间隔时间为4h,如患儿疼痛剧烈,可增加评估

频率。若VAS大于等于7分，间隔时间为4h；若VAS大于等于4分，间隔时间为6h；若不超过3分，可1次/d，截止无痛。用药后，结合给药途径，评估疼痛程度，对于口服给药者，1h后评估；对于静脉给药者，等待5-15min评估，后续频率至少为1次/4h。

1.2.4 疼痛护理措施

①心理干预：患儿认知较差，家长过分担心，情绪波动时，会导致疼痛加重。疏导患儿情绪，帮助患儿认识疼痛，知晓减轻疼痛技术。②注意力转移法：采取特殊护理技巧，进行疼痛评估、患儿感受到疼痛后，护理人员可为其提供玩具、指导患儿深呼吸，同时通过深呼吸、数数、暗示、按摩和聊天等方式，分散注意力，帮助患儿放松心情，缓解疼痛。③体位干预：引导患儿采取舒适体位，当麻醉未清醒时，可以去枕平卧，令其侧偏头部，采取轻便被褥，予以硬板床，降低胸部负重，维持呼吸道通畅。④药物镇痛：结合疼痛程度，选取适宜药物，对于轻度疼痛者，实施冰敷物理镇痛，可同时引入音乐疗法；对于中度疼痛者，可选取布洛芬，令患儿口服，如作用不明显，可采取苯巴比妥，经由肌肉注射；对于重度疼痛者，将上述药物联用，如作用不理想，可选取丁三醇，经由静脉推注。警惕药物不良反应。⑤睡眠干预：尽可能于白天展开护理干预，保证动作精准、轻柔，防止受护理不当影响，导致疼痛加剧。建立规律作息，防止日间睡眠过多，导致夜晚失眠。营造良好睡眠环境，及时清洁病室，调节温湿度，尽可能

规避噪音，可播放催眠小曲，予以患儿安慰。

1.3 观察项目和指标

评价情绪/睡眠质量：焦虑情绪用SAS量表^[4]评估，分界线为57分；抑郁情绪用SDS量表^[5]评估，分界线为55分；睡眠质量用PSQI^[6]评估，0-21分。评价疼痛改善情况^[7]：采取VAS量表，无痛，计为0分；疼痛轻微，患儿可以忍受，计为1-3分；出现明显疼痛，患儿依然能忍受，如有必要，可采取止痛药物，令患儿口服，计为4-6分；疼痛剧烈，无法忍受，计为7-10分，于术前、后不同时间点评估。评价护理满意度：经由问卷调查，包含操作技能、服务态度、业务素养和护理体验，均为0-100分。评价疼痛缓解情况：借助VAS量表，患儿未感觉疼痛，VAS计为0分，表示完全缓解；患儿疼痛程度显著减轻，不会影响到睡眠，VAS处于1-3分，表示部分缓解；患儿疼痛有所改善，但依然明显，影响到睡眠，VAS处于4-6分，表示轻度缓解；VAS处于4-10分，表示无效。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料，分别行t与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪/睡眠质量比较

干预后两组SAS、SDS和PSQI评分均明显低于干预前，观察组变化更明显，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组情绪/睡眠质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SAS(分)		SDS(分)		PSQI(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	57.71±6.41	34.26±3.41 ^a	55.23±4.23	32.00±3.42 ^a	13.25±2.32	7.15±1.03 ^a
对照组	41	57.82±6.37	42.26±3.64 ^a	55.31±4.19	40.26±3.82 ^a	13.41±2.19	9.25±1.14 ^a
t	/	0.078	10.270	0.092	10.315	0.321	8.752
P	/	0.938	0.000	0.927	0.000	0.749	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组疼痛改善情况比较

观察组的术后不同时间点VAS评分均明显低于对照

组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组疼痛改善情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	术前(分)	术后6h(分)	术后12h(分)	术后24h(分)	术后48h(分)	术后72h(分)
观察组	41	2.42±1.12	3.31±0.24	2.61±0.30	2.31±0.41	2.68±0.24	2.51±0.24
对照组	41	2.37±1.24	5.25±0.41	3.99±0.41	4.96±0.37	4.93±0.51	4.36±0.48
t	/	0.192	26.147	17.393	30.725	25.560	22.073
P	/	0.849	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组护理满意度比较

观察组的操作技能、服务态度、业务素养和护理

体验评分均明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组护理满意度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	操作技能(分)	服务态度(分)	业务素质(分)	护理体验(分)
观察组	41	93.88±4.84	95.23±4.55	94.53±3.25	95.76±3.55
对照组	41	87.52±4.15	90.25±5.14	91.28±3.04	90.85±3.14
<i>t</i>	/	6.387	4.645	3.422	6.634
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.001	0.000

2.4 两组疼痛缓解情况比较

对比疼痛缓解率,观察组更高($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组疼痛缓解情况比较[n(%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	缓解率
观察组	41	17	20	3	1	97.56
对照组	41	10	14	9	8	80.49
χ^2	/	/	/	/	/	6.116
<i>P</i>	/	/	/	/	/	0.013

3 讨论

漏斗胸以胸骨部位凹陷、畸形为典型表现,既会对美观性产生干扰,又会影响到日常活动,心肺功能异常。该病发生发展受患儿发育、生长影响,若患儿超过3岁,则其症状更严重,就疾病发生率而言,女性比男性低^[8]。患病后,患儿肺部会受到压迫,影响到肺舒张功能,造成肺部感染。Nuss术能有效解除病情,但术后患儿常伴有明显疼痛。

实施急性疼痛护理,制定个性化管理目标,能显著减轻疼痛,提高管理质量。进行疼痛护理时,结合病情、Nuss疗法,预测疼痛情况,明确管理目标。采取该模式,能充分调动患儿、家长和医护人员积极性,全面了解疼痛影响因素,划分重点干预对象、内容,切实缓解疼痛。对疼痛护理流程进行优化,明确疼痛评估工具,于术后不同时间点,对患儿疼痛情况进行评估,具有连续性、准确性等特征。予以护理时,采取多模式,实施超前干预,引入三阶梯法,致力于缓解疼痛。该模式目标为全程无痛,将各个环节联系起来,做好疼痛评估工作,进行干预,及时评价效果,不断调整干预方案。本次研究结果显示和对照组比,观察组的SAS、SDS和PSQI评分均更低($P < 0.05$),表示该模式可缓解患儿

负面情绪,提高睡眠质量。观察组的疼痛缓解率更高,术后不同时间点VAS评分($P < 0.05$),表明该模式能有效减轻疼痛。观察组的操作技能、服务态度、业务素养和护理体验评分均更高($P < 0.05$),代表采取该模式,患儿、家长满意度更高。说明应用急性疼痛护理可以有效减轻漏斗胸术后疼痛。

综上所述,给予漏斗胸患儿急性疼痛护理能有效缓解疼痛,改善负面情绪,提升护理质量和睡眠质量,具有推广价值。

参考文献

- [1]王洁,何龙,田丹丹,史心宇,艾艳秋.漏斗胸患者Nuss手术后慢性疼痛的危险因素[J].临床麻醉学杂志,2021,37(2):138-141.
- [2]龚腊梅,江秀,徐萍萍,方继红.漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的临床应用效果[J].安徽医学,2021,42(3):319-323.
- [3]王玉莲,刘圆圆,付珊珊,于红.胸外悬吊固定术治疗先天性漏斗胸患儿的手术配合与护理[J].齐鲁护理杂志,2023,29(8):142-144.
- [4]杨瑾.优质护理干预对漏斗胸矫正术患者的护理效果[J].甘肃医药,2023,42(3):280-282.
- [5]黄晨茜.疼痛护理在小儿漏斗胸Nuss术后的应用效果分析[J].中外医疗,2021,40(23):111-114.
- [6]王艳梅,易敏,莫霖.家庭参与式护理对小儿漏斗胸术后康复的影响分析[J].当代护士(下旬刊),2021,28(10):80-82.
- [7]陈超,周丽欢,邓喜成,秦雅莉.基于童趣化的认知行为干预在漏斗胸微创矫正术患儿中的应用[J].临床护理杂志,2022,21(4):30-33.
- [8]胡梦琰,戚继荣.围手术期加速康复理念在漏斗胸中的应用进展[J].临床小儿外科杂志,2022,21(6):582-585.